UNIVERSITÉ DE PARIS — FACULTÉ DE MÉDECINE

ANNÉE 1907 N° 43

RAPPORTS DE LA TUBERCULOSE GÉNITALE CHEZ LA FEMME AVEC LES MALFORMATIONS ET LES TUMEURS DE L'APPAREIL GÉNITAL

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 28 Novembre 1907 à 1 heure

PAR

RENÉ ALLEAUME

Président . . . . M. POZZI, *professeur.*

Juges. . . . . MM. BAR, *professeur.*
MARION, *agrégé.*
JEANNIN, *agrégé.*

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS
G. JACQUES, ÉDITEUR
14, RUE HAUTEFEUILLE, 14

1907

43

RAPPORTS DE LA

TUBERCULOSE GÉNITALE CHEZ LA FEMME

AVEC

LES MALFORMATIONS ET LES TUMEURS

DE L'APPAREIL GÉNITAL

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. DEBOVE
Professeurs	**MM**
Anatomie	NICOLAS
Physiologie	CH. RICHET
Physique médicale	GARIEL
Chimie organique et chimie minérale	A. GAUTIER
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD
Pathologie médicale	DEJERINE BRISSAUD
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE
Anatomie pathologique	CORNIL
Histologie	PRENANT
Opérations et appareils	QUÉNU
Pharmacologie et matière médicale	G. POUCHET
Thérapeutique	GILBERT
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	THOINOT
Histoire de la médecine et de la chirurgie	Gilbert BALLET
Pathologie comparée et expérimentale	ROGER
Clinique médicale	DEBOVE LANDOUZY HAYEM DIEULAFOY
Clinique des maladies des enfants	HUTINEL
Clinique des maladies syphilitiques	GAUCHER
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	JOFFROY
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND
Clinique chirurgicale	LE DENTU SEGOND BERGER RECLUS
Clinique ophthalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	ALBARRAN
Clinique d'accouchements	PINARD BAR
Clinique gynécologique	POZZI
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON
Clinique thérapeutique	ALBERT ROBIN

Agrégés en exercice

MM.			
AUVRAY	COUVELAIRE	LANGLOIS	NICLOUX
BALTHAZARD	CUNEO	LAUNOIS	NOBECOURT
BRANCA	DEMELIN	LECÈNE	OMBREDANNE
BEZANÇON	DESGREZ	LEGRY	POTOCKI
BRINDÉAU	DUVAL	LENORMANT	PROUST
BROCA ANDRÉ	GOSSET	LŒPER	RENON
BRUMPT	GOUGET	MACAIGNE	RICHAUD
CARNOT	JEANNIN	MAILLARD	RIEFFEL, chef des trav. anat.
CASTAIGNE	JEANSELME	MARION	SICARD
CLAUDE	JOUSSET	MORESTIN	ZIMMERN
	LABBÉ	MULON	

Chef des travaux anatomiques : M. RIEFFEL, agrégé

Par délibération en date du 9 déc. 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

UNIVERSITÉ DE PARIS — FACULTÉ DE MÉDECINE

ANNÉE 1907 N°

RAPPORTS DE LA TUBERCULOSE GÉNITALE CHEZ LA FEMME AVEC LES MALFORMATIONS ET LES TUMEURS DE L'APPAREIL GÉNITAL

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 28 Novembre 1907 à 1 heure

PAR

RENÉ ALLEAUME

Président . . . . M. POZZI, *professeur.*

Juges . . . . . MM. BAR, *professeur.*
MARION, *agrégé.*
JEANNIN, *agrégé.*

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS
G. JACQUES, ÉDITEUR
14, RUE HAUTEFEUILLE, 14

1907

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR POZZI

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

A MA FAMILLE

A MES AMIS

A MES MAITRES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

A MONSIEUR LE DOCTEUR MAUCLAIRE
Professeur agrégé de la Faculté

Hommage de sincère reconnaissance

INTRODUCTION

La tuberculose génitale chez la femme est encore mal connue au point de vue étiologique et pathogénique, malgré les nombreux travaux parus sur ce sujet dans ces dernières années. Parmi les conditions qui peuvent favoriser l'invasion de l'appareil génital par le bacille de Koch, il faut signaler les malformations et les tumeurs de cet appareil. C'est là un point de la question tout récemment à l'étude : M. le docteur Mauclaire nous ayant confié une très intéressante observation de coexistence de tuberculose génitale avec une malformation, nous avons recherché si l'on trouvait dans la littérature des cas analogues : nous n'avons trouvé que peu de renseignements à ce sujet. Il n'en est pas de même des néoplasmes dont la coexistence avec des tumeurs bénignes ou malignes de l'utérus ou des ovaires a été relevée un assez grand nombre de fois. Nous avons recueilli un certain nombre de ces observations.

En nous appuyant sur ces documents nous essaierons de montrer la part qui revient aux tumeurs et aux malformations dans l'étiologie de la tuberculose génitale.

CHAPITRE PREMIER

DE LA TUBERCULOSE GENITALE CHEZ LA FEMME

Avant de rapporter nos observations, nous allons passer en revue rapidement les connaissances actuelles sur la tuberculose génitale.

Disons tout d'abord que cette lésion considérée autrefois comme rare est au contraire assez fréquente, puisque Stolpen la trouve dans 20,6 p. 100 des femmes tuberculeuses et Amann dans 20 p. 100. D'autre part, Martin dit que plus de 2 p. 100 des lésions génitales de la femme sont tuberculeuses.

De nombreux travaux ont contribué à éclaircir la question au point de vue de la clinique et de l'anatomie pathologique macroscopique. On peut citer les noms de Louis, Senn, Cruveilhier, la thèse de Brouardel. Mais c'est surtout les travaux plus récents de Hegar, Cornil, Gebhard, et l'importante thèse de Mlle Gorovitz (1900) qui ont éclairci la question : depuis ont paru encore les thèses de Braye, *Tuberculose de l'utérus* (Paris 1902), la thèse de Cousyn 1903), et celle de Schakoff (Genève 1903).

Au point de vue pathogénique qui nous intéresse surtout, il faut rappeler les travaux de Conheim (1882), Verneuil, Verchère, Fernet et Derville, Davidsohn, Alterthum, Baumgarten, Rosenstein.

Le premier point à considérer est celui-ci. Y a-t-il une tuberculose primitive de l'appareil génital?

C'est là un point qui était autrefois résolu par la négative.

Pourtant un grand nombre d'auteurs avaient publié des observations de tuberculose, et notamment Rokitansky (*in Lehrbuch der pathol. Anat.*), mais c'était des observations basées sur l'anatomie macroscopique.

Aujourd'hui des constatations histologiques nombreuses démontrent de la façon la plus nette non seulement l'existence, mais la fréquence de la tuberculose génitale primitive. Elle serait presque aussi fréquente que chez l'homme, et pourrait de même rester longtemps méconnue : il en résulte que les constatations nécropsiques sont relativement rares : la plupart du temps les choses se passent de la façon suivante :

Une femme qui depuis longtemps portait un foyer ancien de tuberculose génitale, la plupart du temps au niveau de la trompe, présente tout à coup une poussée aiguë du côté des poumons ou des méninges. L'autopsie montre alors à côté des lésions récentes méningées ou pulmonaires un foyer tuberculeux ancien salpingien ou utérin : il en était ainsi dans les cas de Prédœhl, Dudefoy, Friedlænder, Hammar, Marphy, etc.

Quelle est la voie suivie par le bacille de Koch pour arriver aux organes génitaux de la femme?

Trois voies sont possibles :

1° La voie sanguine;

2° La voie directe ascendante;

3° La voie péritonéale.

1° La voie sanguine est celle de l'infection tuberculeuse secondaire : le noyau primitif siège le plus souvent dans le poumon ou bien dans les ganglions trachéo-bronchiques, ou encore au niveau de l'intestin. Il peut se faire que le foyer primitif se soit peu développé, alors que le foyer secondaire génital se développe considérablement : il en résulte que c'est ce dernier qui paraît primitif. Mais avant de parler de tubercu-

lose primitive, il faut être sûr qu'il n'existe pas le moindre noyau au niveau du poumon et c'est ce qui n'est pas toujours suffisamment examiné au cours des autopsies, d'où le peu de valeur d'un certain nombre d'observations. C'est ordinairement la trompe qui est atteinte d'abord par cette voie, ensuite l'utérus est pris par voie descendante, ou bien la lésion reste limitée à la trompe.

La voie ascendante est la plus intéressante et celle qui a donné lieu récemment au plus grand nombre de travaux.

Elle a des partisans et des détracteurs qui l'admettent d'une façon très générale ou la repoussent entièrement.

Veit considère qu'il n'y a dans toute la littérature que dix-huit observations absolument probantes de l'infection directe.

Le bacille peut être apporté vers les voies génitales :

a) Par les instruments, ou par les mains de l'accoucheur, ou bien par les mains de la malade souillées par les crachats notamment chez les tuberculeuses pulmonaires anciennes.

b) Par une tuberculose de voisinage, soit de la peau, soit d'un ganglion qui envahit d'abord le vagin.

c) Par des liquides organiques provenant d'un sujet malade : salive, sang et surtout sperme.

Il faut, dans le cas d'inoculation par le sperme, distinguer deux cas :

L'homme qui a servi d'agent de contamination présentait une tuberculose génito-urinaire : testicule ou prostate, le sperme est chargé de bacilles, l'inoculation est aisée à comprendre ; ou bien l'appareil génital de l'homme est sain, mais le sujet est tuberculeux et le sperme pourrait encore être contagieux. Conheim, Fernet, Verneuil, Verchère rapportent des cas de ce genre : mais il faut encore y faire une subdivision : le sperme peut alors contenir des bacilles, c'est la (blennorhée tuberculeuse de Ricord), la contamination se comprend encore ; elle est moins certaine dans le cas contraire, c'est-à-dire quand il n'y a pas de bacilles. Reclus, Amann la nient abso-

lument en disant : il y aurait alors tuberculose du vagin et de la vulve alors que seul l'utérus et la trompe sont atteints et la trompe surtout.

Mais on peut alors objecter ceci (que démontrent les expériences) : le vagin se défend bien, il a une muqueuse épaisse, une sécrétion abondante : il faut pour qu'il soit tuberculisé qu'il y ait une érosion, un traumatisme quelconque : Cornil et Dobroklousky, Williams, Popoff, et surtout Mlle Gorovitz arrivent à cette conclusion que le simple dépôt de bacilles sur le vagin ou la vulve ne provoquent point la tuberculose, celle-ci se développe au contraire, si les organes ont été préalablement traumatisés.

Au contraire la trompe se défend mal, elle est par sa disposition anatomique, situation transversale, nombreux replis de sa cavité, tout à fait prédisposée pour le développement de la tuberculose. Comme le dit de façon pittoresque Sippel, le bacille de Koch est un paresseux garçon, il prend son temps et s'attarde dans la trompe.

L'utérus, lui forme la transition entre le vagin et la trompe, il se défend par sa sécrétion et par le flux menstruel, mais il présente des replis et des enfoncements glandulaires qui expliquent la possibilité du développement de la tuberculose.

Les expériences des auteurs nommés ci-dessus montrent que le simple dépôt de cultures du bacille de Koch dans l'utérus et la trompe suffisent, sans traumatisme préalable, pour y créer des lésions tuberculeuses.

La plupart des auteurs, Sirena et Pernice, Spano et Gærtner, Westermayer, Kohlf, admettent la possibilité de tuberculisation par le sperme.

3° La voie péritonéale, ou inoculation de proche en proche par contiguïté est assez fréquente, mais là encore il est difficile de décider qui a commencé de l'appareil génital ou du péritoine.

On a montré que l'ascite de certaines péritonites tubercu-

leuses contient des bacilles et peut inoculer l'appareil génital (trompes, ovaires). Pinner a montré expérimentalement que les poussières introduites dans le péritoine étaient rapidement entraînés dans la trompe et de là dans l'utérus.

L'infection peut encore se faire par adhérences d'une anse d'intestin tuberculeuse, par la même voie lymphatique.

Quelles sont les parties de l'appareil génital le plus souvent atteintes ?

Ce sont les parties profondes, c'est-à-dire le corps de l'utérus, et les trompes, principalement ces dernières, la tuberculose de l'ovaire est le plus souvent consécutive à celle de la trompe.

Quant au col de l'utérus, il jouit d'une innocuité relative, et on compte les cas de tuberculose du col. C'est ainsi que Spaeth sur 119 cas de tuberculose génitale trouve 6 cas de tuberculose du col. Il en est de même de la tuberculose du vagin. La vulve peut aussi être atteinte et Mlle Bonnin dans sa thèse en rapporte 28 observations.

Nous aurons seulement ici en vue la tuberculose utéro-annexielle, car c'est seulement à ces cas que se rapportent les observations que nous avons recueillies.

Après cette rapide revue des connaissances actuelles sur l'étiologie et la pathogénie de la tuberculose génitale chez la femme, nous allons insister particulièrement sur un certain nombre de circonstances prédisposantes.

CHAPITRE II

DES CAUSES PREDISPOSANTES DE LA TUBERCULOSE GENITALE DE LA FEMME

Deux choses sont nécessaires pour que le bacille de Koch puisse se développer dans le tractus génital femelle : des bacilles suffisamment virulents, un organisme prédisposé : sans ces conditions fondamentales on ne peut cliniquement ou expérimentalement observer la bacillose génitale. Mais il est en outre un certain nombre de causes prédisposantes qui peuvent influencer l'éclosion de ces lésions. Quelques-unes sont bien connues : nous avons déjà signalé dans le chapitre précédent l'influence du traumatisme préalable. Il faut encore citer :

1° Les lésions infectieuses banales.

2° Les suites de couche.

3° La grossesse.

Les lésions infectieuses banales ont sur la tuberculose génitale une action favorisante bien connue : qu'il s'agisse d'infection blennorrhagique ou streptococcique cette lésion primitive fraye la voie à la lésion spécifique, c'est l'infection mixte ou combinée.

Les suites de couches peuvent rentrer dans la même catégorie : il s'agit en effet la plupart du temps d'infection puer-

pérale plus ou moins atténuées, entraînant à sa suite, chez les sujets déjà tuberculisés, une localisation génitale du bacille.

Tout à fait analogue est l'action de la grossesse. C'est chez des tuberculeuses avérées que se fait un appel au niveau de la région placenta pour l'infection spécifique tuberculeuse : il s'agit là, comme dans l'ostéomyélite par exemple, d'un lieu de congestion intense où se fait facilement la pullulation des bacilles.

A côté de ces causes favorisantes il en est d'autres moins connues et dont l'action doit être discutée : nous voulons parler des malformations de l'appareil génital et des tumeurs, de l'utérus ou des annexes. S'agit-il là d'une simple coïncidence, y a-t-il au contraire une relation de cause à effet entre les deux lésions. C'est ce que nous allons tâcher d'examiner dans les chapitres suivants.

CHAPITRE III

DE LA TUBERCULOSE GENITALE DANS SES RAPPORTS AVEC LES MALFORMATIONS

Le point de départ de ces recherches a été l'observation si intéressante qui nous a été confiée par M. Mauclaire. Sur les conseils de ce maître nous avons compulsé les divers recueils de gynécologie : les *Annales de gynécologie et d'obstétrique*, *La gynécologie*, *La semaine gynécologique*, etc. La moisson a été des plus maigres : il ne semble pas que l'attention des auteurs ait été attirée sur ce point. A l'observation originale de M. Mauclaire (relatant un cas d'obturation de la cavité utérine dont le col seul était creusé tandis que le corps formait une masse pleine séparant complètement les trompes du reste du tractus génital) nous n'avons pu joindre qu'une observation de Thompson qui rapporte un cas de tuberculose génitale avec imperforation de l'hymen, et un cas de Lenhardt qui relate une tuberculose primitive de l'utérus avec obturation du col.

Parmi les malformations congénitales qui peuvent avoir une certaine influence sur le développement de la tuberculose, il faut mettre au premier plan celles qui obturent tout ou partie du canal génital et provoquent ainsi des accidents de rétention. Ce sont en allant de bas en haut :

1° Atrésie de l'hymen. En réalité il s'agit ordinairement

d'une imperforation terminale du vagin ou d'adhérences des parois de ce canal. Il faut y joindre les diverses anomalies comme l'épaississement et la rigidité de l'hymen, qui empêchent la défloration.

2° L'absence complète ou le développement rudimentaire du vagin, quand l'utérus et les trompes sont bien développés surtout.

3° Le cloisonnement du vagin avec utérus double. Dans la majorité des cas la cloison n'est pas exactement médiane et souvent l'un des deux vagins est mal développé.

4° Les sténoses congénitales et les brides qui font que parfois on arrive difficilement à cathétériser le vagin même avec une sonde fine.

5° L'utérus rudimentaire qui peut accompagner un vagin et des annexes bien développés.

6° Les utérus doubles dont Ombredanne et Martin ont donné une bonne classification en utérus bicornes, biloculaires, didelphes.

7° Les vices de position congénitaux de l'utérus (obliquité et latéro-position).

8° Le cloisonnement incomplet du col.

Il résulte de la présence de ces diverses malformations que la portion des voies génitales qui se trouve au-dessus du point fermé ou partiellement obturé forme une cavité close où s'accumule le sang dû aux phénomènes menstruels et provenant de l'utérus et des trompes, dans les cas où ces phénomènes peuvent se produire au moment de la puberté.

L'hématocolpos est la collection de sang dans le vagin oblitéré par atrésie de l'hymen, parfois on trouve dans la cavité au lieu de sang une accumulation de liquide citrin ou muqueux, c'est ce que J. Cranwell a appelé l'hydrocolpos congénital.

L'hématométrie est la rétention du sang menstruel dans l'utérus : elle peut résulter de la sténose ou de l'atrésie du col,

de l'absence du vagin, ou plus exceptionnellement de l'imperforation de l'hymen.

Suivant que le point rétréci siège au niveau du col ou au niveau de l'isthme il y a distension de tout l'utérus ou seulement du corps.

L'hémato-salpinx est une collection de sang retenu dans la cavité tubaire, le plus souvent l'hémato-salpinx coïncide avec l'hématométrie et l'hématocolpos, mais la collection tubaire peut exister seule, ce qui montre bien que le sang contenu dans la trompe n'y est pas versé par regorgement de la cavité utérine, mais qu'il s'exhale sur place.

Dans les malformations par absence de fusion des canaux de Müller (utérus doubles, vagins doubles) on peut observer des accidents de rétention analogue ; mais ils affectent alors des dispositions particulières.

Tels sont les principaux accidents qui peuvent résulter des malformations de l'appareil génital de la femme. Voyons maintenant quels rapports il peut exister entre eux et le développement de la tuberculose.

Les causes favorisantes qu'offrent les malformations génitales au développement du bacille de Koch peuvent être divisées en : causes d'ordre général et cause d'ordre local.

Les causes d'ordre général se résument à ceci : les sujets atteints de malformations génitales sont ordinairement des sujets débiles, mal venus, de petite taille, non seulement l'appareil génital est mal conformé, mais souvent aussi tout l'organisme présente un état d'infériorité manifeste : la multiplicité des malformations chez les dégénérés est une chose bien connue. Or s'il est une explication possible des malformations congénitales, il faut la rechercher dans l'état des ascendants : le père ou la mère ou parfois les deux présentent des tares variées : alcoolisme, syphilis ou tuberculose qui influent considérablement sur la valeur des produits sexuels. Et si l'on étudie avec soin les antécédents héréditaires de ces

malades on les trouve la plupart du temps terriblement chargés. Ainsi la présence même d'anomalies congénitales indique un terrain particulièrement prédisposé au développement des principales maladies de déchéance telles que la tuberculose. Nous avons dit en outre que ces sujets sont généralement mal conformés à thorax étroit, à petite capacité respiratoire : il en résulte une tendance marquée au développement de la tuberculose pulmonaire. Or c'est là le point de départ ordinaire des affections tuberculeuses génitales : c'est du poumon par la voie sanguine qu'arrivent aux organes profonds, trompes et utérus, les germes de la tuberculose : car ici tout indique que la voie suivie est la voie sanguine ; l'absence de lésions des voies génitales inférieures le plus souvent observée et l'occlusion parfois complète de ces conduits.

Nous voyons donc que chez ces sujets la tuberculisation de l'organisme est facile, toute préparée ; voyons maintenant comment les malformations génitales localisent l'infection, en un mot étudions les causes locales de la bacillose génitale.

Tout d'abord il est évident que ces causes locales n'entrent en jeu qu'au moment de la puberté, et nous savons en effet que la tuberculose utéro-annexielle est l'apanage de la période sexuelle de la femme ; rare avant la puberté, elle est également peu fréquente après la ménopause, à quelques exceptions près.

Nous croyons pouvoir ranger les causes locales sous 3 chefs :

1° Rétention sanguine ou séreuse, formant milieu de culture ;

2° Suppression des moyens de défense de l'utérus et des trompes ;

3° Etat d'infériorité des organes hypoplasiés.

1° La rétention sanguine ou muqueuse constitue en effet un excellent milieu de culture, le contenu des hématocolpos, hématométrie, hémato-salpinx peut facilement arriver à suppuration. Il est formé de sang épais, sirupeux, couleur cho-

colat et dans lequel les globules rouges sont très déformés. On peut soit spontanément, soit à la suite de ponction observer la transformation purulente de la collection. Souvent la cause de l'infection est difficile à déterminer. Aussi Rheinstœdter a observé un cas de pyocolpos et pyométrie primitifs par imperforation de l'hymen, sans accumulation sanguine préalable chez un fille impubère. On comprend que ce milieu puisse favoriser le développement des bacilles : du reste nous savons déjà que les infections banales sont pour les lésions bacillaires une cause adjuvante très remarquable : c'est le rôle bien connu des associations microbiennes.

2° Suppression des moyens de défense de l'utérus et des trompes.

C'est surtout l'utérus qui par l'atrésie du canal génital perd son principal moyen de défense, c'est-à-dire l'évacuation naturelle de ses sécrétions et d'une façon périodique l'évacuation du sang menstruel. On admet en effet que cette châsse utérine est la condition qui empêche le mieux la tuberculisation de l'endomètre. Si ce n'est qu'une simple théorie, elle va bien du moins avec ce que nous enseigne la pathologie des autres organes. Si nous considérons par exemple les voies biliaires nous voyons qu'un calcul ou un autre obstacle quelconque au cours de la bile favorise grandement l'infection de l'arbre biliaire : et cette infection s'explique justement de la même façon, d'une part rétention de la bile, d'autre part absence de la châsse normale qui excrète ce liquide vers l'intestin balayant les impuretés contenues dans les conduits. Pour tous les autres organes glandulaires, pour les glandes salivaires, par exemple, il en est de même, et l'infection se réalise par le même processus.

Notons en outre que les organes profonds sont moins bien défendus que les organes superficiels. Verneuil a dit que la tuberculose affectionne les organes profonds, tandis que le gonocoque s'arrête aux organes superficiels pourtant mieux défendus. Claisse qui a bien étudié l'infection bronchique a

montré que les petites bronches sont moins bien défendues que la trachée et les grosses bronches, il en est de même pour les trompes et l'utérus bien moins défendus que le vagin, si on vient encore supprimer leur principale arme défensive, le flux menstruel, l'infection devient facile à réaliser.

3° Enfin, nous avons dit que les organes hypoplasiés, atrésiés ou déformés sont généralement moins résistants que les organes normaux. Nous n'en voulons qu'un exemple, choisi justement dans l'appareil génital mais chez l'homme : nous voulons parler du testicule ectopique. Cet organe mal développé est souvent le siège de graves lésions : on sait notamment avec quelle fréquence il est frappé par la dégénérescence cancéreuse. N'en serait-il pas de même pour le tractus génital de la femme et le seul fait du développement défectueux ne serait-il pas un point d'appel pour la tuberculose. Déjà Vogt a soutenu cette théorie, sans en apporter la preuve, mais c'est du moins une hypothèse plausible et qui cadre bien avec ce que nous savons des malformations d'organes en général.

Observation 1 (due à l'obligeance du docteur Mauclaire, chirurgien de la maison Dubois). — Malformation congénitale et tuberculose. — M. Berthe, 26 ans, entrée le 25 mai dans le service, opérée le 30 mai. La malade entre pour douleurs dans les parties latérales et inférieures de l'abdomen.

Antécédents héréditaires. — Rien à signaler.

Antécédents personnels. — Pas d'antécédents bacillaires. Pas de bronchite, pas de ganglions. Pas de crachements de sang.

Mariée à 21 ans, réglée à 22 ans, mais très irrégulièrement ; la malade reste quelquefois 4 mois sans voir. Pas d'enfants. Pas de fausses couches. Pertes blanches depuis quelques années. A l'âge de 22 ans légère salpingite double ; depuis, légères douleurs surtout au moment des règles. A la suite de grandes fatigues, les dernières règles il y a 3 semaines furent très douloureuses ; depuis ces douleurs ont persisté, calmées par le lit et les lavages très chauds. La malade n'a jamais vomi. Au toucher l'utérus semble très petit, dans

le cul-de-sac latéral droit tuméfaction douloureuse, cul-de-sac gauche également douloureux. Opération : salpingite gauche adhérente, salpingite droite adhérente, granulations tuberculeuses très nombreuses.

Examen macroscopique :

Ovaire gauche. — Volumineux, irrégulier, scléro-kystique. Fusionnement du pavillon de la trompe avec l'ovaire.

Trompe gauche. — Lumière obstruée. Le centre est occupé par une masse blanche lardacée avec produits caséeux au centre. Granulations tuberculeuses à la face externe à la partie moyenne, même aspect encore sur une coupe de la trompe à l'ostium uterinum.

Ovaire droit. — Mêmes lésions, mais il est plus kystique. Les lésions de la trompe sont les mêmes que celles du côté opposé.

Utérus. — La cavité utérine paraît s'arrêter au niveau de l'union de l'isthme avec le corps de l'utérus. Avec un fil d'argent on ne peut aller plus loin. Sur une coupe sagittale de l'utérus on tombe sur un foyer de tuberculose au centre gros comme une noisette dans le tissu interstitiel avec foyers caséeux.

Au niveau de chaque corne utérine on retrouve le calibre même de la corne, mais on ne peut cathétériser l'ostium avec un fil.

En résumé il y a tout lieu de supposer que la cavité utérine s'arrêtait à la partie supérieure de l'isthme et l'oblitération à ce niveau ne nous paraît pas secondaire à l'infection tuberculeuse de cet utérus infantile.

L'examen de coupes histologiques a été fait par M. le Dr Branca, professeur agrégé à la Faculté de Paris.

Observation de Thompson (Cas de tuberculose aiguë avec imperforation vaginale). — Eliza W..., âgée de quinze ans, reçue dans le service le 26 avril 1872. Ses parents sont vivants et bien portants ; il n'y a pas trace de phtisie dans la famille. La malade s'était toujours bien portée jusqu'à ces six derniers mois, où elle commença à ressentir de temps en temps de violents maux de tête. Depuis trois semaines, ses camarades avaient remarqué qu'elle paraissait idiote et engourdie, alors qu'auparavant elle était intelligente.

Le 22 avril, elle se plaignit de violents maux de tête, de douleurs dans le dos et les reins et de constipation. Depuis une époque mal définie, elle était sujette à un peu de toux rauque. Elle n'avait jamais été réglée.

A son entrée, la langue était très chargée, le teint empourpré, l'air abattu. Pas de toux ni de dyspnée. De l'anorexie mais pas de soif. Elle se plaint particulièrement de maux de tête, de nausées, de douleurs dans les reins, les genoux et sous l'aisselle droite. Quelques larges taches pustuleuses sur le tronc. A aucun moment on ne trouve rien en examinant la poitrine. Boissons gazeuses, potion chloroformée ; bain chaud. Le soir : pouls, 96 ; respiration, 18 ; température, 99°.

27 avril. — Après une nuit calme mais sans sommeil, la malade paraît assoupie. Quand on la remue, qu'on la percute, qu'on l'ausculte, elle présente de l'hyperesthésie. Pupilles dilatées ; pas de mal de tête, langue très chargée. Pas d'urine depuis son entrée. Le cathétérisme en donne 750 grammes de densité 1,015, ne contenant pas d'albumine. Pulsations, 96. Température, 98°9. Ordonné 0 gr. 15 de calomel, 1 gr. 50 de KBr et 0 gr. 15 de KI. Le soir, 1 gr. d'hydrate de chloral.

28 avril. — Elle dort bien après le chloral, mais paraît très abattue et répond à peine aux questions. Température, 98°4 ; pouls, 102, inégal. Application de ventouses sèches à la base du cou ; huile de ricin.

29 avril. — Apparence à demi comateuse. Après 24 heures de rétention, le cathétérisme ramène une urine un peu albumineuse de densité 1,025. Selles abondantes. La tête est rasée et on applique des compresses d'eau sédative. Lavements alimentaires toutes les quatre heures (un œuf dans du bouillon). Le soir, la malade grince des dents. Teint livide. Pouls à 138. Température, 99°6.

30 avril. — Insensibilité complète. Pâleur extrême. Pouls à 146. Dyspnée, 54. Température, 101°8. Morte à 3 h. après midi.

Autopsie, vingt heures après. — Les deux poumons, ainsi que les plèvres, étaient semés de granulations miliaires grises. Nombreuses ecchymoses subpleurales. Dans les deux poumons de petits foyers de congestion et des îlots de pneumonie lobulaire au premier

degré. La face inférieure du diaphragme et la capsule du foie étaient couvertes de granulations miliaires. Le foie contenait un certain nombre de tubercules. Dans la rate et les reins, nombreuses granulations à la période de ramollissement. Des plaques de granulations sur le péritoine, principalement sur le repli recto-utérin. L'utérus et les ovaires paraissaient sains ; mais autour de la vulve était un petit foyer granulique. Le vagin formait un cul de sac mesurant 8 pouces de circonférence et contenait 24 à 30 onces d'un liquide noir et grumeux qui s'échappa en abondance en faisant une ouverture à travers l'hymen épais et imperforé. Des granulations grises furent rencontrées à la base du cerveau dans la scissure de Sylvius et à la surface externe du cervelet. Les ventricules latéraux étaient distendus par du liquide et très dilatés.

Observation 3. — Henkel (*Société d'obstétrique et de gynécologie de Berlin*, 12 juin 1903). — Rapporte l'histoire d'une malade qui était prise tous les mois à l'époque des règles de douleurs violentes, mais sans écoulement de sang. On fit le diagnostic de sténose du col avec rétroversion adhérente de l'utérus et hématométrie : le cathétérisme de l'utérus fut impossible. La malade ayant succombé rapidement à une méningite cérébro-spinale on trouve au niveau du fond de l'utérus un noyau tuberculeux.

CHAPITRE IV

DE LA TUBERCULOSE DES TUMEURS DE L'UTERUS

Dans ce chapitre nous allons envisager un nouvel agent pathogénique de la tuberculose génitale ; nous voulons parler de l'influence des tumeurs utérines sur le développement des lésions tuberculeuses de l'utérus : c'est là un poiut qui est mieux connu, car il a donné lieu récemment à plusieurs travaux.

La coexistence du cancer et de la tuberculose est un fait assez connu, et dont on signale des exemples de plus en plus nombreux sans que toutefois on sache exactement quels sont les rapports qui existent entre les deux affections.

Mais ce qu'on connaît moins c'est le développement de la tuberculose sur les tumeurs bénignes, et en particulier pour le cas qui nous occupe la coexistence de tuberculose et de fibrome de l'utérus. Voici les observations d'ailleurs peu nombreuses que nous avons pu recueillir :

Observation 1. — Ch. Bole (du Locle) (*Gynœcologia Helvetica*, 1903, p. 99 et *Revue de gynécologie*, 1904, p. 373). — Femme de 50 ans, tuberculeuse héréditaire, réglée à 13 ans ; les règles durent cinq jours, sont profuses, flueurs blanches. La malade, mariée deux fois, n'a jamais eu d'enfants.

En 1895, les règles augmentent de durée, s'accompagnant de dou-

leurs abdominales qui finissent pas empêcher tout travail. La malade voit ses forces diminuer. En 1898 on diagnostiqua une tumeur de l'utérus.

Etat actuel : vagin de dimensions moyennes, lisse ; col dur, long de 3 centimètres. Dans le cul-de-sac antérieur on sent une tumeur du volume du poing, de consistance dure, et semblant adhérer d'une façon diffuse à la paroi utérine.

Utérus ou antéflexion du volume d'une tête d'enfant, mobile, légèrement douloureux à la pression. Le fond se trouve à quatre travers de doigt de la symphyse, les annexes ne purent être senties. Pas d'albuminurie.

Diagnostic : fibrome utérin.

Laparotomie : hystérectomie totale par le procédé de Freund. La tumeur extirpée est du volume de deux poings. L'utérus sectionné montre un fibrome sous-muqueux intra-pariétal de la partie antérieure qui se continue d'une façon diffuse avec la musculature. Les parties superficielles, en voie de nécrose, sont réservées pour un examen plus approfondi, qui démontre qu'il s'agit d'une affection tuberculeuse de l'utérus.

L'examen macroscopique et microscopique démontra qu'il s'agissait en effet d'un cas rare de fibrome associé à une tuberculose utéro-tubaire ascendante.

Il est curieux de remarquer que le vagin était indemne.

L'étiologie ne put être trouvée.

Observation 2. — Bland Sutton (*Société clinique de Londres*, le 27 janvier 1905 : tuberculose du corps de l'utérus analysée par C. Jarvis dans la *Presse médicale*, du 18 février 1905, p. 110 et dans la *Revue de gynécologie*, 1905, p. 531). — M. Bland Sutton apporte un utérus présentant des lésions tuberculeuses, probablement primitives, au niveau du corps. L'organe avait été enlevé dans sa totalité par la voie abdominale chez une femme de 46 ans qui présentait des ménorragies depuis deux ans. A l'ouverture de l'utérus, on trouva implantée sur la partie antérieure une tumeur non encapsulée, accoudée et sessile. Sur une coupe on voit des zones de caséification dans lesquelles on a décelé la présence de bacilles de Koch.

Observation 3. — Reynier (*Société de chirurgie*, 14 juin 1905). — Malade entrée le 20 avril à Lariboisière. Accouchée normalement au mois d'octobre dernier, elle avait eu jusqu'au mois d'avril ses règles régulièrement. Mais, elle avait vu son ventre grossir et avait éprouvé des douleurs vagues qui l'avaient amenée à nous consulter. A son entrée, nous avons constaté en effet par le toucher vaginal et le palper abdominal à gauche de l'utérus, une tuméfaction du volume d'une tête de fœtus, peu douloureuse à la pression. Le col utérin était sain, et si l'utérus était du côté gauche immobilisé, le cul-de-sac droit paraissait libre. La malade avait à son entrée un peu de fièvre ; mais cependant elle n'avait pas de ballonnement du ventre. Elle ne toussait pas, disait n'avoir jamais été malade et n'avoir jamais craché de sang.

Devant l'aspect sain du col utérin dont l'orifice ne laissait sourdre rien d'anormal, devant cette unilatéralité de la lésion, son volume, nous crûmes devoir rejeter l'idée d'une collection purulente et nous pensâmes à une hématocèle ou une grossesse extra-utérine. Toutefois le renseignement que nous donnait la malade nous faisait hésiter ; car elle n'avouait aucun arrêt de règle, les dernières règles ayant eu lieu dans les premiers jours d'avril, avant son entrée. Elle nous disait cependant qu'elles avaient été moins abondantes. Hésitant sur le diagnostic nous la gardâmes en observation, lui mettant de la glace sur le ventre.

Or les règles du mois de mai, du mois de juin ne vinrent pas, nous confirmant dans le diagnostic de grossesse extra-utérine ; et plus nous l'observions, plus ce diagnostic s'imposait à nous ; aussi, nous décidant à l'opérer à cause de la fièvre qu'elle avait présentée au début et qui revenait de temps en temps, craignant une hématocèle infectée, je voulus commencer par une ponction vaginale. Celle-ci ne retira que du sang. J'avais fait, comme je fais toujours en pareil cas, quand je crains une grossesse extra-utérine, préparer ce qu'il fallait pour une laparotomie et devant le résultat de la ponction vaginale j'ouvris le ventre. Or cette ouverture nous amena sur un péritoine fusionné avec l'épiploon ; celui-ci s'étendait jusqu'au pubis. En vain nous essayâmes de pénétrer, cet épiploon enflammé saignait tellement que nous crûmes devoir nous arrêter et ne pas

prolonger ce décollement qui nous paraissait dangereux et que je refermai le ventre. Revenant alors à la voie vaginale, je tentai l'hystérectomie, et arrivai en effet à enlever l'utérus que je vous présente et l'annexe droite. Malheureusement il me fut impossible d'enlever l'ovaire gauche adhérent et fusionné avec une énorme masse épiploïque ».

M. Reynier ajoutait en présentant la pièce : « sur la face postérieure de cet utérus, on voyait une grosseur du volume d'une noix, qui pouvait être prise au premier abord pour un fibrome, mais qui était une gomme tuberculeuse, caséeuse développée en plein tissu utérin et faisant saillie sous le péritoine. Les annexes ne laissaient aucun doute sur la nature des lésions qu'elles présentaient. La trompe rouge bosselée, contenant par places du pus et du caséum avait sa surface rouge parsemée de granulations caractéristiques ».

En somme cette observation reste douteuse au point de vue qui nous occupe : mais la tuberculose de l'utérus sous forme de gomme dans l'épaisseur du muscle est si exceptionnelle qu'il n'est pas impossible que l'idée première de M. Reynier soit la vraie, et qu'il s'agisse bien d'un fibrome, mais d'un fibrome ayant subi la dégénérescence tuberculeuse.

Observation 4. — Tuberculose d'un adénomyome de l'utérus, par MM. J. L. Archambault (de Coboes) et Richard, M. Pearce (d'Albany), *Revue de Gynécologie*, 1907, n° 1, p. 1. — Hattée E., 20 ans est admise à l'hôpital de Coboes, le 10 janvier 1906. Antécédents héréditaires assez chargés. Elle-même a eu la rougeole, une affection de la jambe assez mal définie qui a pu être une osléomyélite ou une gomme ulcérée.

Elle a été réglée assez tard, à 16 ans, règles peu abondantes, irrégulières, toujours en retard, souvent de cinq à six mois. Fréquentes épistaxis. Au début les règles n'étaient pas douloureuses, elles le devinrent plus tard.

Le 14 décembre 1904 à la suite d'un retard plus long que d'habitude, faisant suite à plusieurs règles de moins en moins abondantes et de plus en plus douloureuses, la malade se décida à consulter. Cet examen montra un utérus à type infantile en état de rétrover-

sion modérée, mobile et indolore, mais s'accompagnant d'annexite légère.

Avant cela, le 30 juillet la malade avait été prise subitement d'hémoptysie. Elle paraissait en ce moment en parfaite santé. Cependant par un examen attentif il devint facile d'établir l'existence d'une pleurésie adhésive localisée au sommet gauche. On décelait en même temps une tuberculisation de ce sommet assez étendue pour atteindre la région axillaire. On conseilla à la malade de passer l'été au bord de la mer, puis à l'automne de se rendre dans la montagne. A la fin de décembre, elle accusait une amélioration notable ; il y avait régression sensible des signes physiques, en certains endroits, ils avaient même disparu. L'hiver de 1905 fut passé tout entier dans les Adirondactes. En avril l'amélioration était encore plus marquée. Néanmoins, le 15 juillet, survint une seconde hémoptysie, légère toutefois et de courte durée, car deux jours plus tard la malade repartait pour les montagnes, où elle se remit rapidement. En effet, le 5 octobre, elle accusait une augmentation de poids de 11 kilos, et le 13 novembre, de trois autres kilos et demi. C'est peu de temps après, alors que le mal semblait enrayé ou en voie de l'être, que notre patiente ressentit les premières atteintes de sa maladie actuelle.

Subitement, vers le 21 novembre, la malade fut prise de douleurs dans la région hypogastrique, douleurs sourdes, intermittentes, revenant surtout vers la fin du jour, et exagérées par la fatigue et la station debout. Comme elle n'avait pas eu ses règles depuis le 28 juin, c'est-à-dire depuis cinq mois, elle mit ces douleurs sur le compte de l'approche probable de l'hémorragie menstruelle. Une semaine se passa sans amener de grands changements ; les douleurs continuaient et les règles n'apparaissaient pas. A l'examen, voici ce que le toucher vaginal, combiné au palper abdominal, permit de constater : col petit, refoulé en avant et en haut vers le pubis ; corps utérus en rétrodéviation dans le cul-de-sac postérieur ; le fond de l'utérus hypertrophié, donne la sensation d'une masse ferme, du volume d'une mandarine, de forme quelque peu irrégulière, plus large à gauche, et très peu mobile ; dans le cul de sac latéral gauche, autre masse moins dure et moins volumineuse, n'offrant ni la résistance ligneuse du fibrome ni la fluctuation du kyste, et sem-

blant se continuer avec le corps utérin ; du côté droit, les annexes ne paraissent rien offrir de particulier. Notons, en passant, la différence entre l'état actuel et celui que l'on avait constaté onze mois auparavant.

Il était très important de voir ce qu'étaient devenues les lésions pulmonaires. On constatait de ce côté un changement très appréciable ; le processus tuberculeux avait évolué dans une autre direction. Tandis que la régression des lésions du sommet gauche s'était maintenue, deux nouveaux foyers étaient apparus : l'un à la partie postérieure et inférieure du poumon gauche, l'autre dans l'espace intercapsulaire, à droite, tout près de la colonne vertébrale. Ce dernier foyer, qui correspondait à peu près à la 5e et à la 6e côtes, était très limité et n'offrait que quelques craquements secs avec un peu de résonnance. L'autre, au contraire, à la base du poumon gauche, comprenait tout l'espace situé entre les 8e et 10e côtes dans un sens, et entre la colonne vertébrale et la ligne du milieu axillaire dans l'autre. Ici les frottements pleurétiques étaient très marqués et ils s'accompagnaient de nombreux râles humides fins et de quelques râles sous-crépitants.

L'état général, lui aussi, s'était aggravé. Le sang s'était appauvri, le taux de l'hémoglobine n'atteignait plus que 65 0/0 ; le pouls était légèrement accéléré.

A partir de ce jour, on crut devoir faire un relevé exact du pouls et de la température. Il montra que le pouls battait rarement à moins de 100, très souvent davantage, et que la température, généralement normale le matin, subissait une élévation invariable vers le déclin du jour ou le soir venu; cette élévation, toutefois, malgré son caractère suggestif de type hectique, demeurait légère, oscillant de 37°5 à 38° centigrades.

Le 15 décembre, les règles survinrent et durèrent cinq jours. Après un intervalle de quelques jours, il y eut une nouvelle hémorragie peu abondante. Cet écoulement persista dans la suite et d'une manière plus ou moins continue jusqu'au moment de l'opération. Les douleurs que nous avons signalées comme ayant été le premier symptôme à apparaître, ne furent aucunement atténuées par l'apparition de l'écoulement sanguin ; elles persistèrent après comme avant, avec la même intensité et le même caractère gravatif et inter-

mittent. Progressivement, elles s'accentuèrent, et à la fin il fallut recourir à différents calmants pour les rendre supportables.

Le 5 janvier, un examen des crachats révéla la présence de quelques bacilles de Koch associés à un grand nombre de diplocoques et de streptocoques. Trois examens antérieurs étaient demeurés sans résultat.

Vers la même époque, la masse pelvienne donna la sensation nette d'avoir augmenté de volume.

Quelle était la nature exacte de cette masse ?

De prime abord, on devait penser à une tumeur solide, et le diagnostic de fibromyome, développé dans la paroi postérieure de l'utérus, semblait s'imposer.

A ce compte, surtout si l'on prenait en considération l'état des poumons, il y avait lieu d'hésiter sur la meilleure méthode de traitement à suivre. Toutefois, à mesure que la marche progressive du mal s'affirmait, il devenait évident qu'on ne pouvait s'attendre à aucune amélioration de l'état pulmonaire avant qu'on n'eût modifié l'état des organes pelviens.

D'autre part, une étude plus approfondie du cas dans tous ses détails conduisit insensiblement à se demander si on n'était pas en présence d'une tuberculose de l'utérus. Quand cette conviction se fut une fois imposée à notre esprit, ce qu'elle comportait de gravité additionnelle fut expliqué à la famille.

Comme de juste, en raison de leur rareté, le diagnostic des tuberculoses pelviennes, sous quelques formes qu'elles se présentent, ne se fait guère qu'à l'ouverture de l'abdomen, et même alors le plus souvent seulement après que la pièce est passée aux mains de l'anatomo pathologiste.

La tuberculose utérine en particulier n'a pas de symptomatologie bien définie.

Si, dans la présente observation, il nous a été donné de porter un diagnostic assez probable de la tumeur utérine avant l'opération, et si l'opération a été entreprise avec cette réserve, c'est en admettant volontiers qu'on s'attendait à rencontrer des lésions analogues du côté des anneaux et du péritoine, c'est-à-dire une tuberculose abdominale généralisée. Tout portait à le croire, surtout la préexistence de la bacillose pulmonaire, et en particulier le tableau clinique qui

avait prédominé du côté de l'abdomen dans les derniers temps. Ce fut donc une surprise, quand le ventre fut ouvert, de constater que nous étions en présence d'adhérences nombreuses et très étendues, mais de nature purement inflammatoire, tandis que le péritoine, soit de la cavité générale, soit du petit bassin, était décidément indemne, du moins macroscopiquement, de toute lésion tuberculeuse.

Opération. — Le 11 janvier, laparotomie. Incision médiane longue de 9 centimètres. Pas de liquide dans la cavité abdominale. Adhérences étendues de l'épiploon au bord supérieur du ligament large et en partie à la face antérieure de l'utérus rétrodévié ; adhérences très intimes à gauche et qui nécessitèrent une résection assez large du tablier épiploïque. Au-dessous, libération d'une anse intestinale qui avait été attirée dans le petit bassin, où elle adhérait fortement à l'utérus au voisinage de sa corne droite. Ces adhérences expliquaient les douleurs intestinales déchirantes et le trouble profond des fonctions digestives qui avaient formé une partie si saillante au tableau clinique.

Ces adhérences étaient si solides que pour les détacher il fallut inciser sur la séreuse même de l'utérus, puis ensuite on débarrasse avec soin l'anse intestinale de ce tissu douteux et on recouvrit la surface cruentée par trois sutures au fil de soie. Les deux ovaires étaient scléro kystiques ; l'un des kystes de l'ovaire droit contenait environ 10 centimètres cubes d'un liquide citrin, et un autre de l'ovaire gauche à peu près 30 centimètres cubes ; au cours des manipulations, ce dernier kyste se rompit et le contenu en fut reçu sur des compresses protectrices et rapidement épongé. Le corps de l'utérus, qui avait le volume d'une orange ordinaire, légèrement irrégulier, de forme plutôt globulaire que piriforme, était engagé profondément dans le cul-de-sac postérieur ; il était pris dans des adhérences qui le rendaient difficile à extraire. De fait, on ne put l'extérioriser, et il fallut recourir, en pratiquant une hystérectomie subtotale, à la technique de Kelly, procédant de droite à gauche, puisque c'était du côté des annexes gauches que les adhérences opposaient le plus de résistance.

On rechercha l'appendice; il était sain et ne fut pas enlevé ; l'opération avait déjà été suffisamment longue. Malgré sa faiblesse

et les craintes qu'inspiraient les lésions pulmonaires, la malade ne souffrit pas trop du choc opératoire et se releva rapidement.

Suites opératoires. — Elles furent absolument simples ; on n'observa pas même le météorisme habituel des deuxième et troisième journées ; la liberté des intestins fut entretenue par de simples lavements ; cessation complète de toute douleur La température la plus haute fut 38° centigrades le lendemain de l'opération ; la plus haute haute après cela, 37°5 au seizième jour, par suite d'un abcès développé autour d'une racine de dent cariée qu'il fallut extraire ; pas de température ni le matin ni le soir durant les quatre derniers jours qui précédèrent son départ de l'hôpital. Le douzième jour, les sutures au crin de Florence sont enlevées ; guérison par première intension ; le vingtième jour, le 31 janvier, la malade quitte l'hôpital. Le 21 février elle part pour les Adirondacks, et le 16 avril, dans une note qu'on nous communique elle accuse une augmentation de poids de 5 kilos, elle est dehors tout le temps et par tous les temps, et elle se livre à tous les sports.

Examen des pièces (pratiqué par M. Pearce). — *Description macroscopique.* — Les pièces se composent de l'utérus et des annexes. L'utérus est excessivement dur et de forme presque globuleuse ; il mesure 17 cent. 5 de circonférence exactement au-dessus du niveau d'insection des trompes de Fallope, et 19 cent. 5 de circonférence antéro-postérieure un peu en dehors de la tranche cervicale. Les surfaces péritonéales sont recouvertes plus ou moins uniformément d'épaisses adhérences fibreuses. Sur une coupe saggitale, la longueur totale de l'utérus du col au fond est de 6 cent. 8. Le corps lui-même a 5 cent. 6. Sa plus grande épaisseur dans le sens antéro-postérieur est de 5 centimètres. La paroi antérieure est d'apparence normale, bien que légèrement épaissie ; elle mesure 1 cent. 4 à la partie moyenne de la cavité utérine. Le fond a une épaisseur de 1 cent. 7. La paroi postérieure est occupée par une masse globuleuse qui s'étend du fond à l'orifice interne du col (5 cent. 2) et latéralement du péritoine à la cavité utérine (4 centimètres). Cette masse est formée par un tissu blanc-grisâtre ferme et ressemblant d'une façon générale à du tissu myomateux, mais partout criblé de cavités de différentes grandeurs, les unes aussi petites qu'un grain de millet et d'autres ayant jusqu'à 1/2 centimètre de diamètre.

De ces cavités s'échappe un pus jaune, épais, et plus ou moins viqueux. Les parois des cavités les plus grandes, après l'écoulement de leur contenu purulent liquide, paraissent recouvertes d'un enduit jaune granuleux et comme caséifié. Ces zones s'étendent de la tumeur à la périphérie jusqu'à deux millimètres de la surface péritonéale, et de la tumeur à la cavité utérine jusqu'à la muqueuse qu'elles intéressent ; verticalement elles atteignent en haut la ligne médiane du fond, et en bas le niveau de l'orifice interne. Le col lui-même n'est pas atteint. La cavité utérine mesure 4 cent. 7 de longueur, dont un à deux millimètres représentent la partie cervicale ; cette cavité est très rétrécie et presque entièrement oblitérée à deux centimètres au-dessous du fond. La muqueuse recouvrant la partie inférieure de la tumeur présente de nombreuses zones d'apparence jaunâtre, finement pointillées et tassées les unes contre les autres. Cette disposition ne se remarque pas sur la muqueuse de la paroi antérieure ni sur celle du col.

Les trompes et les ovaires sont atrophiés ; la trompe et l'ovaire du côté gauche adhèrent à l'utérus par des tractus fibreux ; du côté droit, ils sont libres et leur surface péritonéale est lisse et polie ; les deux ovaires contiennent plusieurs petites cavités kystiques.

Examen bactériologique. — Des préparations sur lamelles, colorées au bleu de méthylène, montrent des cellules de pus qui prennent bien la coloration, d'autres cellules nécrotiques qui se colorent mal, et une abondance de débris granuleux, mais pas d'organismes microbiens.

Les colorations du pus pour la recherche du bacille de la tuberculose et du gonocoque demeurent négatives.

Des cultures sur agar et sur sérums sanguins demeurèrent stériles après 72 heures.

Examen histologique. — Coupes comprenant la paroi utérine et la tumeur. Les coupes, pour la plupart, montrent un processus tuberculeux disséminé au milieu d'un tissu composé de fibres musculaires lisses ; on y rencontre des glandes tubuleuses largement espacées. La paroi utérine proprement dite a trois millimètres d'épaisseur. La couche péritonéale est légèrement épaissie, mais ne contient pas de tubercules, mais entre cette couche et la musculature on voit çà et là quelques tubercules de petite dimension. Au niveau du muscle

lui-même, dans lequel on constate une augmentation du tissu conjonctif, on remarque aussi quelques tubercules caractéristiques, à centre caséeux. Les vaisseaux sanguins sont entourés de nombreux leucocytes. On ne peut pas établir de ligne de démarcation entre la musculature normale de l'utérus et la tumeur.

La muqueuse qui recouvre la tumeur dans la partie supérieure de l'utérus est intacte mais, dans la sous-muqueuse, il y a des amas irréguliers de cellules lymphoïdes. Tout au-dessous du col, la muqueuse est atteinte et a contracté des adhérences avec la paroi opposée de l'utérus. A la limite même où finit le tissu musculaire on tombe immédiatement sur un tissu tuberculeux diffus au milieu duquel on découvre de nombreuses cellules géantes, le tout dans un état avancé de caséification ; on y remarque quelques tubercules tout à fait typiques. Çà et là, parmi ces différents foyers, on retrouve des îlots de fibres musculaires lisses traversés par des glandes tubuleuses. Ces glandes, pour la plupart, sont tapissées de plusieurs couches de cellules cylindriques, du type rencontré dans les glandes utérines ; elles sont en outre plus ou moins dilatées et tortueuses. Il n'est pas rare de les voir affecter une disposition en grappe, envoyant de-ci de-là des ramifications pourvues d'une couche épithéliale unique. Entre les masses musculaires on remarque une certaine quantité de tissu conjonctif, de même qu'une légère infiltration de cellules lymphoïdes. Les glandes existent partout dans le tissu néoplasique, même à une distance de deux centimètres de la paroi utérine, et n'ont connu aucune connexion avec celles de la muqueuse. Rien ne vient indiquer que ces glandes aient été la voie d'accès du processus tuberculeux.

Des coupes pratiquées à trois niveaux différents de façon à comprendre chaque fois la totalité de la paroi de l'utérus et, dans les parties en apparence normales, en un point opposé à la tumeur, ne montrent aucune trace de tuberculose. La muqueuse, sur chaque coupe, est normale. Des coupes du col sont aussi normales. Une coupe totale du canal utérin, pratiquée au point où la sténose est le plus marquée, ne révèle pas de tuberculose de la muqueuse. La lumière du canal est oblitérée par un petit bouchon de mucus, des leucocytes et des cellules desquamées.

Trompe de Fallope droite. — Muqueuse entièrement détruite. La

paroi est formée par un tissu chroniquement enflammé avec formation plus ou moins notable de tissu fibreux. Les cellules épithélioïdes ne sont pas en grand nombre et affectent une disposition irrégulière. On ne rencontre qu'un seul tubercule bien net avec une cellule géante typique. On trouve à part cela une ou deux zones fibreuses offrant l'aspect de tubercules anciens. Il y a quelques foyers de calcification. Dans les couches profondes de la tunique musculaire on isole des masses de cellules lymphoïdes et de pigment sanguin altéré, mais pas de tubercules.

Trompe de Fallope gauche. — Atrophiée, mais n'offrant par ailleurs rien de particulier.

Ovaires. — Fibreux et renfermant plusieurs kystes de petit volume ; pas de trace de tuberculose.

Un examen soigneux du péritoine qui recouvre l'utérus les trompes et les ovaires, ne décèle pas la moindre trace de tuberculose.

Diagnostic histologique. — Tuberculose d'un adénomyome de l'utérus. Tuberculose de la trompe de Fallope droite. Atrophie des trompes et des ovaires. Périmétrite et périsalpingite fibreuse chronique.

Observation 5. — D. Grünbaum, adénomyome et tuberculose du corps de l'utérus, *Archiv. f. Gynäkol.*, 1907, LXXXI, 2) analysé *in Semaine médicale*, 29 mai 1907, p. 257, par R. de Bovis. — Une femme de 45 ans avait été atteinte vers l'âge de 30 ans d'une affection pulmonaire qui lui imposa la nécessité de se soigner pendant un an et demi. Au bout de ce temps, elle était complètement guérie, mais depuis cinq ans, elle éprouvait une sensation de pesanteur dans le bas-ventre et un peu de ténesme vésical : au début de cet état elle avait consulté un médecin qui ayant diagnostiqué une tumeur utérine lui avait donné le conseil de se faire opérer. Toutefois comme elle souffrait peu elle ne vint réclamer une intervention que quand l'aggravation des symptômes vésicaux et l'apparition de ménorrhagies l'y obligèrent.

Chez cette patiente, l'utérus était gros comme les deux poings et le cathéter introduit dans la vessie déviait un peu à gauche. Du côté des poumons il n'existait qu'une légère atténuation de la sonorité

du sommet gauche et un peu de diminution du murmure vésiculaire. On exécuta donc une hystérectomie totale dans l'idée qu'il s'agissait d'un fibro-myome. L'opération présenta quelques difficultés : l'hémostase fut en effet assez laborieuse par suite de la forte vascularisation des tissus, et l'on eut un peu de peine à séparer la tumeur d'avec la vessie, car des adhérences les unissaient l'une à l'autre ; c'étaient sans doute ces adhérences qui avaient causé les troubles urinaires de la patiente. Les annexes paraissant absolument saines, l'ovaire et la trompe gauches furent laissés en place.

L'examen de la pièce montra que l'utérus présentait au milieu de sa face postérieure une saillie un peu fongueuse. La muqueuse utérine était gonflée, très rouge, farcie de foyers caséeux ou gris blanchâtre ; dans la partie inférieure gauche de l'utérus elle reprenait un aspect normal ou à peu près. A la coupe le tissu musculaire présentait également de nombreux foyers caséeux, les plus avancés et les plus nombreux se rencontraient dans le tissu musculaire servant de base à la tumeur précitée. Le microscope démontra que ces divers foyers étaient farcis de tubercules au milieu desquels on put mettre en évidence des bacilles spécifiques. D'autre part, la petite tumeur qui faisait saillie sur la face postérieure de l'utérus était formée par un grand nombre de culs-de-sac glandulaires hypertrophiés ou kystiques : il s'agissait donc d'un adénome. De petits nodules adénomateux se rencontraient encore dans le voisinage de l'orifice utérin des trompes, mais les tubercules y faisaient défaut ; on n'en voyait pas davantage dans la trompe réséquée.

Il y avait donc coïncidence de tuberculose avec un adénomyome utérin. Celui-ci était sans doute le premier en date vu que les petits nodules juxta-tubaires étaient indemnes et que les parties les plus profondes de la tumeur adénomateuse principale étaient les plus atteintes.

Observation 6. — Th. G. Dickson (*American Journal of Obstetrics*, juin 1906, analyse *in Semaine médicale* du 29 août 1906, par R. de Boirs). — Chez une femme de 43 ans atteinte de myomes utérins depuis huit ans, l'auteur pratiqua l'amputation supra-vaginale de la matrice. L'organe ainsi enlevé contenait six myomes dont plusieurs sous-péritonéaux. Quand on vint à les sectionner, on constata

que quatre d'entre eux renfermaient de gros foyers caséeux ; les deux plus petits sous-péritonéaux ne contenaient plus guère qu'une bouillie nécrotique. L'utérus lui-même paraissait sain, et le péritoine qui le recouvrait ainsi que celui des trompes était lisse et dépourvu d'adhérences. Les trompes étaient un peu épaisses et leur muqueuse présentait un semis de granulations miliaires. A l'examen microscopique, les ovaires semblaient normaux, mais les trompes contenaient de nombreux tubercules paraissant limités à la muqueuse. De son côté la muqueuse utérine offrait de l'hypertrophie glandulaire, et entre les glandes se rencontraient de nombreux follicules tuberculeux ; plusieurs étaient en voie de nécrose. Au milieu des fibres musculaires on ne voyait que des cellules embryonnaires sans tubercules. Quant aux myomes, ils ne formaient plus que de vastes foyers de nécrose par la coalescence d'innombrables tubercules en voie de dégénérescence.

Les tubercules de la muqueuse tubaire étant un peu plus gros que ceux de la muqueuse utérine, M. Dickson pense que l'infection était descendante et d'origine tubaire. La malade ne présentait, en effet, aucun symptôme permettant de penser qu'un autre de ses organes fût atteint ; son mari était bien portant, mais elle avait perdu deux sœurs et un frère de tuberculose pulmonaire ; une autre sœur avait succombé à un cancer du sein. Quant à elle-même ses antécédents étaient négatifs.

Observation 7. — M. Staude (à la Société d'obstétrique de Hambourg, 27 octobre 1903), présente une observation de fibrome de l'utérus coexistant avec une salpingite tuberculeuse.

Nous n'avons pu nous procurer de détail sur cette observation. Telles sont les observations de tuberculose génitale coïncidant avec des tumeurs de l'utérus que nous avons pu recueillir. Nous voyons que dans tous ces cas il n'y avait pas de tuberculose du vagin, mais seulement de l'utérus et aussi dans la plupart des cas des trompes. La voie ascendante ici n'est même pas à discuter, il ne peut s'agir évidemment que d'une infection par la voie sanguine. Mais comment les tumeurs utérines peuvent être un point d'appel, c'est ce qui est difficile à expliquer. Il est vrai que les cas d'association ne sont pas bien nombreux, mais combien ont pu être laissés

de côté : il a fallu pour attirer l'attention des chirurgiens des lésions particulièrement caractéristiques au point de vue macroscopique, il a fallu ensuite pratiquer des examens histologiques ; or combien de fibromes sont enlevés sans aucun examen ; sans doute des lésions considérées comme banales sur une coupe macroscopique auraient été intéressantes à étudier au microscope.

Il semble que deux explications soient possibles du rôle pathogénique des fibromes dans le développement des tubercules utéro-annexiels.

D'une façon générale, la rétention, le vase clos sont favorables au développement de toute infection, de l'infection tuberculeuse comme des autres. On comprend donc que certains fibromes qui déforment le canal utérin et le rétrécissent plus ou moins, ou qui obturent sa communication avec les trompes puissent par ce fait même créer un terrain favorable à la pullulation des bacilles, ainsi s'expliquerait la tuberculose de la cavité utérine et des trompes. Le mécanisme serait, en somme, analogue à celui des tuberculoses par atrésie de l'appareil génital.

Mais il est une autre série de cas pour lesquels cette théorie n'est pas valable, ce sont ceux dans lesquels la tuberculose est localisée exclusivement à la tumeur, laissant indemnes les trompes et la cavité de l'utérus. Tel est le cas de Grünbaum que nous avons rapporté. Il faut alors admettre que la tumeur a agi comme un *locus minoris resistentiæ* en fournissant un terrain favorable aux bacilles parvenus dans l'utérus par voie sanguine : en l'absence de toute lésion péritonéale, comme c'est le cas dans l'observation de Grünbaum il n'y a pas d'autre hypothèse possible. C'est également ainsi que MM. J. L. Archambault et Richard, M. Pearce expliquent la propagation de la tuberculose dans leur si intéressante observation.

CHAPITRE V

RAPPORTS DE LA TUBERCULOSE DES ANNEXES AVEC LES TUMEURS DE CES ORGANES

De même que les tumeurs de l'utérus peuvent, comme nous l'avons vu, constituer un point d'appel pour la tuberculose génitale, de même les tumeurs annexielles peuvent favoriser le développement du bacille de Koch. C'est surtout les kystes de l'ovaire qui ont été étudiés à ce point de vue ; nous en rapportons ci-dessous 17 observations différentes : nous avons également trouvé un cas de coexistence de tuberculose avec une tumeur solide de l'ovaire, mais nous n'avons pu découvrir d'observation de tumeur des trompes coexistant avec la tuberculose de ces organes.

Les kystes de l'ovaire sont infectés secondairement par la tuberculose : le kyste préexiste et c'est secondairement qu'il est infecté par une lésion tuberculeuse de voisinage : il s'agit ordinairement de tuberculose péritonéale ou de tuberculose intestinale. Ce n'est donc plus ici comme pour les tumeurs de l'utérus la voie sanguine qu'il faut incriminer, mais la voie lymphatique comme dans toutes les tuberculoses par contiguïté.

Il n'est pas toujours facile d'ailleurs de reconnaître un kyste tuberculeux secondairement infecté, car il ressemble parfois à une péritonite tuberculeuse enkystée ; il faut, pour faire le diagnostic, examiner attentivement au microscope les

éléments histologiques et y reconnaître les éléments caractéristiques des kystes de l'ovaire secondairement envahis par les lésions tuberculeuses.

Il est des cas où la tuberculose génitale est primitive : siégeant d'abord sur une trompe et infectant le kyste secondairement par contiguïté ; mais il n'est pas impossible alors que les tumeurs ovariennes agissent, comme le font les fibromes utérins, mécaniquement.

Enfin, il est toute une série de cas où la tuberculose est exclusivement limitée aux kystes de l'ovaire à l'exclusion de tout le reste de l'appareil génital et de tous les organes du voisinage : il n'y a donc plus qu'une seule application pathogénique possible : il s'agit, commepour les fibromes, d'un *locus minoris resistentiæ*,au niveau duquel se développe la tuberculose.

Voici les observations que nous avons pu recueillir et qui concernent des kystes de l'ovaire et l'une seulement une tumeur solide de l'ovaire.

Observation 1 (Spencer Wells, rapportée *in* Guillemain, *Revue Chirurgie*, 1894). — Femme de 23 ans à qui on enlève un kyste volumineux de l'ovaire et qui meurt cinq jours après l'opération de péritonite diffuse probablement tuberculeuse.

William Fox a examiné la pièce et a constaté à la face externe du kyste intimement unis à sa paroi et siégeant immédiatement au-dessous de l'endothélium péritonéal un grand nombre de nodules gros comme un grain de poivre. Ces nodules d'une dureté cartilagineuse se montrent sur une coupe transparente à la périphérie, opaques et caséeux au centre. Ils sont ramollis en certains points. Dans aucun d'eux on ne trouve de traces de vaisseaux, mais le tissu périnodulaire est fortement injecté et formé de fausses membranes au milieu desquelles on trouve de nombreuses granulations de tuberculose miliaire. Les fausses membranes existent également en d'autres points du kyste avec de fines granulations miliaires. Sur la face externe du kyste on trouve des granulations grises variant de la grosseur d'une tête d'épingle à un grain de pavot.

A l'examen histologique toutes les granulations grises ont même structure, elles sont formées de cellules allongées à noyau très réfringent et nucléolé, il y a aussi quelques cellules à deux noyaux. Au centre des nodules de matière caséeuse formée par des globules de graisse et des cellules ratatinées. Il n'y a aucun doute, dit Fox, sur la nature tuberculeuse : le même auteur aurait observé d'autres cas où il y avait des dépôts tuberculeux dans des tumeurs ovariennes.

Observation 2 (Olhshausen, citée *in* Guillemain). — Au musée de Prague se trouve une préparation de kyste de l'ovaire avec des tubercules dans son intérieur. Le fait appartient à Klebs. Dans ce cas l'infection semble être venue d'une tuberculose utérine.

Observation 3 (Baumgarten, citée *in* Guillemain). — Kyste de l'ovaire avec dégénérescence tuberculeuse de la paroi. Extirpation. Guérison.

L'opération fut pratiquée sur une jeune fille de 14 ans. Nous laissons de côté toute la partie clinique et opératoire qui n'offre rien de bien particulier.

Le kyste presque aussi gros qu'une tête d'homme est composé de deux parties de volume inégal séparées par une cloison épaisse, membraneuse, perforée en son milieu. Toute la surface du kyste est recouverte d'un nombre infini de nodules allant du volume d'un grain de pavot à celui d'un pois. Les plus gros sont jaunes et opaques, les plus petits sont transparents comme du verre avec un point jaunâtre au centre.

La majorité, de formation récente, reposent par leur base sur les couches superficielles de la paroi du kyste ; quelques-uns s'enfoncent profondément dans l'épaisseur de cette paroi et d'autres siègent même tout à fait à sa face interne. Quelques-uns des plus gros nodules laissent voir à la coupe une structure stratifiée : ils se confondent avec la paroi kystique stratifiée elle aussi mais à strates concentriques.

A côté et entre ces productions nodulaires se trouvent des fausses membranes riches en vaisseaux, qui en certains points recouvrent comme d'un voile les nodules.

La trompe que l'on trouve à la surface externe du kyste est épaissie, cartilagineuse et remplie de matière caséeuse.

La surface interne du kyste est revêtue d'un épithélium cylindrique. Sur deux petits kystes secondaires gros comme une noix on trouve un épithélium caliciforme. Pour ce qui est de la structure histologique des nodules, qu'ils soient gris ou transparents comme du verre, ils ont la structure typique du tubercule ; ils sont formés de cellules géantes caractéristiques avec une zone caséeuse au centre.

Une partie de la préparation a été traitée par la méthode d'Ehrlich. Pourtant il n'a pas été possible de découvrir de bacilles de la tuberculose. Malgré cette absence de bacilles les nodules doivent être considérés comme tuberculeux et non comme syphilitiques. Les bacilles disparaissent au bout d'un certain temps, leur absence ne saurait empêcher de conclure à la tuberculose.

Observation 4 (*In Elsaesser*, Von Krzywiki). — Sur la séreuse d'un kyste de l'ovaire gauche se trouvaient des tubercules miliaires caséeux.

Observation 5. — Tuberculose d'un kyste de l'ovaire avec tuberculose tubaire et péritonéale (Saenger, *In Centralblatt für Gynæk*, 1890).

Redner fit l'ovariotomie d'une femme de 67 ans qui avait été ponctionnée plusieurs fois auparavant. C'était un kyste proliférant de l'ovaire gauche à contenu jaunâtre et gélatineux. Il pesait 16 livres, était partout adhérent et pourtant il fut facile de l'isoler sans provoquer grande hémorragie. Quand il fut enlevé on reconnut qu'il s'agissait non d'une péritonite adhésive, mais bien d'une péritonite tuberculeuse ayant pour origine une tuberculose tubaire. Cette trompe, du volume du petit doigt, arrondie et dure, contenait dans son intérieur des masses caséeuses en voie de ramollissement, la séreuse qui la recouvrait était épaissie et recouverte de granulations miliaires.

La paroi du kyste était en beaucoup d'endroits parsemée de taches jaunes visibles à l'œil nu. A sa face interne, on trouva une

tuberculose typique avec un grand nombre de cellules géantes et de foyers en voie de désagrégation.

La malade présentait un écoulement tuberculeux de l'utérus dans lequel on ne put découvrir de bacilles. Il est infiniment probable que l'infection de la paroi du kyste s'est faite par la ponction. Ce fait est remarquable par suite du grand âge de la malade et de la guérison qui suivit l'opération.

Observation 6. — Madlener, citée *in* Guillemain. — Femme de 54 ans, avec prolapsus utérin incomplet dû à une hypertrophie de la portion sus-vaginale : tumeur kystique probablement de l'ovaire droit. Morte au bout d'un mois de tuberculose pulmonaire.

Autopsie : cavernes pulmonaires, pleurésie adhésive hydronéphrose double légère. Granulations miliaires à la surface du foie. Prolapsus vaginal ulcéré. Kyste tuberculeux de l'ovaire et polype tuberculeux de l'utérus.

Observation 7. — De Kelly. Tuberculose de la trompe et du péritoine, tumeur ovarienne, malade de 42 ans.

Observation 8. — *In* Elsaesser (Heiberg). — Femme de 36 ans. Kyste dermoïde avec granulations tuberculeuses.

Observation 9. — Femme de 40 ans. Kyste dermoïde, granulations tuberculeuses. Gade de Christiania.

Observation 10 (Ehrendorfer). — Kyste dermoïde, avec tuberculose, malade de 23 ans.

Observation 11. — (Schottlaender (citée *in* Guillemain). — Kyste de l'ovaire tuberculeux, femme de 41 ans.

Observation 12. — Schottlaender (*in* Elsaesser). — Kyste de l'ovaire avec tuberculose, femme de 34 ans.

Observation 13. — Elsaesser. — Kyste de l'ovaire avec tuberculose, femme de 27 ans.

Observation 14. — Thèse de Remy, Lyon, 1904. — Kyste de l'ovaire chez une femme de 18 ans, tuberculose.

Observation 15. — *In* Thèse Remy, Lyon, 1904.

Observation 16. — Vechsberg, *in* thèse Remy. — Kyste de l'ovaire, tuberculose.

Observation 17. — *In* Thèse Remy (Clinique). — Gynécologique du professeur Polosson, 1903. Kyste de l'ovaire, tuberculose.

Observation 18. — M. Glokner (*Société d'obstétrique de Leipzig*, séance du 21 mars 1904). — L'auteur présente un cas de cancer médullaire de l'ovaire avec infection tuberculeuse secondaire du néoplasme. La malade était âgée de 20 ans. On constate au microscope qu'il s'agissait d'un épithélioma solide avec, par places, des granulations tuberculeuses parfaitement caractéristiques. La malade était atteinte de tuberculose pulmonaire, mais, en dehors de la tumeur ovarienne, les organes génitaux étaient absolument indemnes de toute lésion tuberculeuse. Il est intéressant de signaler cette localisation élective de la tuberculose sur le cancer de l'ovaire à l'exclusion des autres parties du tractus génital.

CONCLUSIONS

1° La tuberculose génitale de la femme peut être primitive ou secondaire.

2° Les voies de pénétration ordinaires du bacille sont :
La voie sanguine ;
La voie ascendante ;
La voie péritonéale.

3° Parmi les causes adjuvantes de la tuberculose génitale par voie sanguine il en est quelques-unes encore peu connues qui sont :
Les malformations génitales ;
Les tumeurs de l'utérus ;
Les tumeurs des annexes.

4° Les malformations semblent agir surtout par des phénomènes de rétention qu'elles provoquent : mais il ne faut pas oublier qu'elles apparaissent le plus souvent chez les sujets débiles.

5° Quant aux tumeurs elles peuvent agir de deux façons, soit mécaniquement en créant aussi une rétention, soit en formant dans les organes génitaux un *locus microsis resistentiæ.*

Vu :
Le Président,
S. POZZI.

Vu :
Le Doyen,
M. DEBOVE.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
L. LIARD.

BIBLIOGRAPHIE

J. L. ARCHAMBAULT (de Coboes) et RICHARD M. PEARCE (d'Albany). — *Revue de gynécologie,* 1907, n° 1, p. 1

BAUMGARTEN. — « Experimente über die ausbreitung der weblichen Genitaltuberkulose im Körpen », *Berlin, klin. Wochenschrift*, 1904, XLI, pp. 1097-1099.

BLAND SUTTON. — *Soc. cliniq. de Londres*, 27 janvier 1905.

BOLE. — *Ginœcologia helvetica*, 1903, p. 99.

BRAYE. — « Tuberculose de l'utérus », *Th. Paris*, 1902.

CONHEIM. — *De la tuberculose au point de vue de l'infection*, 1882.

COUSYN. — « Tuberculose génitale de la femme », *Th. Paris*, 1903.

CORNIL. — *Anatomie pathologique gynécologique.*

DAVIDSOHN. — « Tuberkulose der Vulva rind Vagina », *Berlin. klin. Woch.*, 1899, n° 25.

DICKSON. — *American Journal of Obstetrics*, juin 1906.

FERNET et DERVILLE. — « Tuberculose des organes génitaux et sa contagiosité », *France médicale*, 1886.

GLOCKNER. — *Société d'obstétrique de Leipzig*, 21 mars 1904.

GOVORITZ. — « Tuberculose génitale », *Th. Paris*, 1900, et *Revue de chirurgie*, 1901.

GRUNBAUM. — *Arch. f. gyn.*, 1907, LXXXI, 2.

GUILLEMAIN. — *Revue de la Soc. de Chirurgie*, 1894, n° 12. Tuberculose de l'ovaire.

HENKEL. — *Soc. d'obst. et de gyn. Berlin*, 12 juin 1903.

LEUHERDT. — *Beitræge der Berlin Gesellschaft f. Geb.*, t. I, p. 32,

POZZI. — *Traité de gynécologie clinique et opératoire,* 4e édition, 1907, *passim*.

RÉMY. — « Tuberculose des kystes de l'ovaire », *Th. Lyon*, 1904.

REYNIER. — *Soc. de chirurgie*, 14 juin 1905.

ROKITANSKY. - *Lehrbuch der pathol. anatomie,* 1861.

ROSENSTEIN. — « Anatomische untersuchungen über den Infektionsweg bei der Genitaltuberkulose des Weibes », *Monats. f. Geb. und Gyn.*, 1904, p. 366.

SCHAKOFF. — « Tuberculose génitale de la femme », *Thèse de Genève*, 1903.

STANDE. — *Soc. d'obst. de Paris*, 27 octobre 1903.

THOMPSON. — *The Lancet*, 1872.

VERCHÈRE. — *Th. Paris*, 1885.

VERNEUIL. — *Gaz. hebd. de méd. et de ch.,* 1883.

VOGT. — « Beitræge zur Tuberkulose der Weiblichen Geschlechtsorgane », *Arch. f. Gyn.*, 1899, p. 609.

IMPRIMERIE SPÉCIALE DE LA LIBRAIRIE G. JACQUES, PARIS.